

SOLICITUD DE ROTACIÓN EXTERNA EN EL HOSPITAL CLÍNICA

1. DATOS DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA SOLICITANTE

Nombre del Centro

Nombre del Jefe/-a de Estudios

Persona de contacto de la Comisión de Docencia

Tel.

e-mail

2. DATOS DEL RESIDENTE

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

NIF/NIE

Teléfono Móvil

Email

Nº de colegiado

Provincia de colegiación

Especialidad

Año de Residencia

Fecha nacimiento

3. DATOS DE LA ROTACIÓN

Fecha inicio rotación

Fecha final rotación

Servicio/Sección/Unidad

Objetivos de la rotación

A. Firma digital del Presidente/-a de la Comisión de Docencia :

B. Si no se dispone de firma digital:

Imprimir, firma del Presidente/-a de la Comisión de Docencia, sello, fecha y envíe el documento escaneado a: **docencia@clinic.cat**

